

Советское ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

СОДЕРЖАНИЕ

К 50-летию образования Союза ССР

CONTENTS

The 50th Anniversary of the USSR



ГОД ИЗДАНИЯ XXXI
ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

9

1972

Техн. редактор *Г. В. Трофимова* Корректор *Г. П. Жукова*

Сдано в набор 7/VII 1972 г. Подписано к печати 10/VIII 1972 г. Формат бумаги 70×108 1/16 печ. л. 6 (условных 8,40 л.) 9,11 уч.-изд. л. Тираж 17 708 экз. Т-11684 Заказ 1329

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.
Чеховский полиграфкомбинат Главполиграфпрома
Государственного комитета Совета Министров СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
г. Чехов Московской области

гиенической подготовкой работников, производящих и реализующих продукты питания, работников детских дошкольных учреждений, школ, пионерских лагерей, домов отдыха, санаториев, коммунально-бытовых предприятий и др. по специальным программам, разработанным Центральным научно-исследовательским институтом санитарного просвещения и утвержденным Министерством здравоохранения СССР. Должно быть организовано систематическое гигиеническое обучение наиболее уязвимых групп населения — родителей, школьников и др., нужно всегда быть готовым к развертыванию широкой пропагандистской работы в случаях осложнения эпидемиологической обстановки. Опыт 1970 г. показывает, что в этих случаях наиболее эффективным является сочетание пропаганды при помощи радио, телевидения, печати, кино с так называемыми малыми формами—лозунгами, памятками, листовками. Средства массовой пропаганды позволяют почти мгновенно информировать огромное количество населения, степень доверия которого к этим путям информации очень высока. Дома санитарного просвещения располагают необходимыми исходными материалами — примерными текстами статей, выступлений и т. п. В конторах кинопроката немало санитарно-просветительных кинофильмов, фонд которых недавно пополнился новой картиной «Интервью по поводу холеры».

«Малые формы» играют роль условного сигнала, напоминающего о необходимости соблюдения правил гигиены. Но, конечно, такие формы должны быть использованы только там, где в этом имеется насущная необходимость (например, лозунг «вымой руки» должен быть повешен перед умывальником, «мойте овощи и фрукты» — на рынке и т. д.).

Во многих областях, городах и районах накоплен интересный опыт санитарно-просветительной работы в борьбе с кишечными инфекциями. Например, в ряде областей УССР санитарное просвещение помогло резко повысить уровень санитарной культуры населения, улучшить санитарное состояние многих объектов питания и торговли. Так, в Днепропетровске по инициативе местных домов санитарного просвещения и санэпидстанций аттестация руководителей этих объектов включает большой объем гигиенических вопросов. В детских дошкольных учреждениях скрупулезно ведутся методическая подготовка персонала воспитателей и гигиеническое обучение родителей. В УССР, в ряде краев и областей РСФСР (Алтайский край и др.) четко организовано гигиеническое обучение работников молочно-товарных ферм, молокозаводов и т. д.

Таким образом, санитарно-просветительные усилия медицинских кадров в сочетании с высоким качеством профилактической работы и усилением государственного санитарного надзора за соблюдением государственными органами, предприятиями, учреждениями и организациями, должностными лицами и рядовыми гражданами санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм внесут добрый вклад в обеспечение санитарно-эпидемического благополучия нашей страны.

Поступила 6/V 1972 г.

УДК 613.81-058

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА

В. В. Нагаев

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доц. А. Г. Вершинина) и кафедра психиатрии (зав. — доц. В. С. Гуськов) Пермского медицинского института

Задачей нашего исследования было изучение некоторых аспектов алкоголизма как социальной проблемы. Методом непосредственного наблюдения обследовано 500 алкоголиков, состоявших на учете в наркол-

гическом кабинете Пермского городского психиатрического диспансера и лечившихся в наркологическом отделении Пермской областной психиатрической больницы № 1. В основу наблюдения положено подробное анемнестическое изучение больных. Путем опроса больных и их родственников выявляли особенности развития и воспитания, склонности, интересы и потребности больного в период, предшествовавший алкоголизму, оценивали условия, в которых он рос и воспитывался, ситуации и обстоятельства, влиявшие на формирование его личности, и т. д.

Из 500 обследованных было 90% мужчин и 10% женщин. По возрасту они распределялись следующим образом: 19—29 лет — 11%, 30—39 лет — 49%, 40—49 лет — 35,2%, 50 лет и старше — 4,8%. Иначе говоря, более половины (60%) обследованных — лица молодого возраста. Среди них рабочие составляли 71,6%, инженерно-технические работники и служащие 22,6% и неработающие — 5,8%. По стадиям (согласно классификации А. А. Портнова, 1962) они распределялись следующим образом: начальная — 5,6% (28 человек), средняя — 63% (315) и исходная — 31,4% (157 человек).

Таблица 1

Возраст, в котором произошло первое алкогольное опьянение обследованных (в % к итогу)

Возраст, в котором имело место первое алкогольное опьянение (в годах)	Оба пола	Мужчины	Женщины
До 9	8,2	8,0	10,0
10—12	18,0	19,2	6,0
13—14	15,2	16,0	8,0
15—16	26,6	27,6	18,0
17—18	16,0	15,3	22,0
19—20	9,2	8,2	18,0
21—25	5,4	4,7	12,0
26—30	1,4	1,0	6,0
Итого...	100,0	100,0	100,0
$M \pm m$	15,5±0,17	15,4±0,15	18,2±0,7

Большинство ученых, занимавшихся проблемой алкоголизма, заключают, что этот порок развивается с юношеских лет и чем моложе возраст начавшего злоупотреблять спиртными напитками, тем скорее он становится алкоголиком, тем скорее у него возникают нервно-психические расстройства. В частности, А. М. Коровин писал, что у лиц, начавших злоупотреблять алкогольными напитками в возрасте старше 35 лет, редко формируется алкоголизм со всеми личностными, нервно-психическими и соматическими последствиями. По данным В. Я. Канель, 79,3% мужчин начали пить с 15—24 лет, а 53,7% — ранее 20-летнего возраста. А. Лосицкий и М. Чернышев, изучавшие алкоголизм у петербургских рабочих, сообщали, что 92% из них начинали употреблять спиртные напитки раньше наступления совершеннолетия. По данным Б. М. Сегала, 65% обследованных впервые начали пить до 18-летнего возраста.

Стараясь выяснить, в каком возрасте у обследованных нами лиц произошло первое алкогольное опьянение, мы получили соответствующие ответы, которые сведены нами в табл. 1.

У 84% обследованных первое алкогольное опьянение приходится на школьный, подростковый и юношеский возраст (9—18 лет), т. е. подавляющее большинство познакомились с алкоголем до совершеннолетия. Средний возраст, в котором произошло первое алкогольное опьянение, у мужчин составляет 15,4±0,15 года, у женщин — 18,2±0,7 года.

Для выяснения условий и обстоятельств начала употребления алкогольных напитков немаловажное значение имеют данные о месте и особенностях воспитания (кем воспитывались), бытовых и материальных условиях жизни в то время.

По условиям воспитания в детстве (до 16 лет) обследованные рас-

пределялись так: воспитывались родителями (отцом и матерью) в 53,2% случаев, только матерью в 35%, только отцом в 2,4%, другими родственниками в 4%, в детском доме и интернате в 4,2% и у людей, не связанных родством, в 1,2% случаев. Общий процент нарушенных семей составляет, таким образом, 46,8%. Возраст, когда произошло первое алкогольное опъянение в зависимости от условий воспитания, представлен в табл. 2.

Первое алкогольное опьянение наступало в возрасте до 9 лет довольно часто у лиц, воспитывавшихся без родителей, в том числе людьми, не имевшими родственных связей (33,3%). Первое алкогольное опьянение в возрасте 10—14 лет в 41,7% случаев наблюдалось у воспитывавшихся только отцом. Закономерно предположить, что в ряде случаев отец-пьяница, часто злоупотребляя алкогольными напитками, давал алкоголь детям, уделял недостаточное внимание их воспитанию, или же дети старались подражать выпивающим спиртные напитки и в первую очередь своему отцу. Первое алкогольное опьянение в возрасте 15—

Таблица 2

Возраст первого алкогольного опьянения в связи с условиями воспитания в детстве (в % к итогу)

Кем воспитывался в детстве	Первое алкогольное опьянение в возрасте							Итого
	до 9 лет	10—14 лет	15—16 лет	17—18 лет	19—20 лет	21—25 лет	26—30 лет	
В семье:								
отцом и матерью	7,1	34,7	21,0	18,8	10,5	5,6	2,3	100,0
только матерью	8,7	34,3	29,1	14,8	8,0	4,5	0,6	100,0
только отцом	16,8	41,4	33,4	8,4	—	—	—	100,0
Вне семьи:								
другими родственниками	5,0	20,0	55,0	5,0	5,0	10,0	—	100,0
в детском доме, интернате	9,5	19,1	42,9	9,5	14,3	4,7	—	100,0
людьми, не связанными родством	33,3	16,7	33,3	—	—	16,7	—	100,0

16 лет нередко наблюдается у воспитывавшихся вообще без родителей, другими родственниками (55%), в детском доме и интернате (33,3%).

В период достижения совершеннолетия (17—18 лет) первое алкогольное опьянение, по нашим данным, в 18,8% случаев отмечается у воспитывавшихся отцом и матерью. У остальных лиц этой возрастной группы показатель значительно ниже, так как они приобщились к алкоголю значительно раньше. Таким образом, существует определенная связь между ранним приобщением к алкогольным напиткам и отсутствием при воспитании в детстве обоих или одного из родителей.

В доступной нам литературе очень мало или совсем не освещен социологический аспект распространенности употребления спиртных напитков молодежью, роль воспитания в борьбе против алкоголизма. Иностранная литература не может восполнить этот пробел по многим причинам и прежде всего потому, что социальные условия в СССР и капиталистических странах совершенно различны.

Процесс социализации человека начинается с раннего возраста и особенно интенсивно происходит в подростковом периоде, когда осваивается окружающий мир, и психика в этом возрасте наиболее пластична. Потеря этих лет в процессе воспитания практически невосполнима. Советская психологическая наука учит, что особое внимание для последующего нормального развития личности должно быть обращено на ребенка-подростка в возрасте 12—16 лет, для которого характерен прежде всего так называемый гастрономический интерес, выражаю-

щийся в стремлении получить больше вкусной пищи и сладостей (конфеты, мороженое и др.). Одновременно появляется желание иметь материальные средства на сигареты и спиртные напитки. И не случайно нами установлено, что в 85,6% случаев приобщившиеся к спиртному подростки одновременно начинали курить. Как известно, указанный возраст — это период более или менее выраженных прямолинейных суждений, бескомпромиссных решений и элементов «гиперсоциальности».

Нередко отношения со старшими и сверстниками начинают строиться по типу отношений взрослых, усваивается система «взрослых» социальных норм в отличие от норм, которые установлены взрослыми для детей. Стремление к самостоятельности не имеет ясного направления. В своем утверждении подросток жадно стремится к какому-то образу, идеалу, к максимальному проявлению себя и своих качеств. Этот максимализм — нормальное и в обычных условиях даже плодотворное явление; в возрасте 16—17 лет «гастрономический» интерес отступает на второй план либо вовсе исчезает. Вместе с тем интерес к курению и спиртным напиткам остается, что исходит из желания подражать взрослым или стремления приобрести «авторитет» у родителей.

Как пишет В. Е. Смирнов, реальные объекты юношеского порыва изменяются. Сначала (у подростка) этот порыв носит характер смутного влечения, без ясно очерченной цели. И вот тут-то и может случиться, что стремление к необычному, яркому может пойти и по социально вредным каналам (пьянство, озорство, хулиганство или средство продемонстрировать свою независимость, «смелость» — употребление алкоголя). Здесь нередко проявляется тот же негативизм, что и в личных отношениях со старшими. Подростков пленяют ритуалы при распитии спиртных напитков с друзьями, посредством чего они как бы освобождаются от особенностей юности и наделяются чертами взрослости. Часто этот ритуал, имеющий большой эмоциональный заряд, сопряжен с известными испытаниями, требующими физического напряжения, стойкости.

Значение разных элементов социальной среды (социально-экономических условий, культурного окружения, семьи, школы, группы сверстников и т. п.) неодинаково на различных стадиях процесса социализации. По свидетельству самих обследованных, в большинстве случаев побудительным мотивом к употреблению алкоголя у них являлось стремление подражать друзьям и взрослым. Условия жизни и характер воспитательного воздействия во многом определяют преобладание интересов. Свыше 50% обследованных не считали своим любимым занятием чтение художественной литературы, посещение кино, занятия спортом и художественной самодеятельностью и т. п.

В анализе условий, которые отрицательно влияют на формирование личности, важную роль имеет учет степени культуры быта вообще и культуры семьи в частности. Из общего числа обследованных только 17% участвовали в детстве в самодеятельных кружках (художественный, технический и др.), лишь 12% участвовали в работе спортивных секций. Остальные 71% на протяжении подростково-юношеского возраста никогда не были вовлечены ни в какие кружки и спортивные секции. При таком отношении к организации воспитания духовных интересов подростков в переходном возрасте значительная часть (35,2%) их пристрастилась к систематическому потреблению алкоголя с друзьями и взрослыми.

Многими авторами подчеркивается роль наследственности в развитии алкоголизма. Исходя из полученных данных, мы придаем первостепенное значение факторам внешней среды и условиям воспитания. Поэтому сведения о потреблении алкогольных напитков родителями исследованных мы оцениваем главным образом с точки зрения влияния дурного примера на подрастающее поколение. При выяснении алкогольного анамнеза у родителей было установлено, что более чем у $^1/_3$ обследован-

ных анамнез отягощен, у остальных более или менее благоприятный (в 47,8% случаев родители редко употребляли, а в 12,6% случаев совсем не употребляли алкоголя). Родители у большинства (77,6%) обследованных относились к пьянству детей отрицательно. Одобрялось и даже поощрялось умеренное пьянство в 22,4% случаев (в основном в тех семьях, где родители сами часто злоупотребляли алкогольными напитками).

На формирование личностных качеств ребенка влияет не только сознательное воспитательное воздействие родителей, но и общий тонус семейной жизни. Если родители живут большими общественными интересами, это способствует расширению общего кругозора детей, которые из разговоров взрослых нередко получают больше уроков, чем из специальных бесед; и наоборот, если отец считает возможным ежедневно приходить с работы выпившим, то и дети начинают рассматривать это как нормальное явление. По данным анамнестического изучения условий воспитания, оказалось, что в 29,9% случаев отец часто употреблял алкогольные напитки и даже злоупотреблял ими. Нездоровые условия жизни в семье родителей в достаточной мере объясняют частоту отклонений в социальном поведении больных в детские годы: пренебрежение учебой (в половине случаев), зафиксированные милицией правонарушения (в 75,2% случаев). Аналогичные данные о наркоманиях приводят И. Н. Пятницкая и Wech, которые также отмечают у наркоманов в прошлом неправильное поведение, правонарушения (воровство, азартные игры, проституция и т. д.).

По нашим данным, ⅓ (31,4%) обследованных воспитывались в низких культурно-психологических условиях, 57,4% — в средних и лишь 11,2% — в высоких. Для личности многих обследованных нами лиц характерно отсутствие интеллектуальных запросов, устойчивых интересов и твердых нравственных норм.

Значение семьи как первичной ячейки общества и важнейшего фактора социализации ребенка трудно преувеличить. Во-первых, только родительская ласка и забота могут обеспечить то эмоциональное тепло, в котором так нуждается ребенок, особенно в подростковом возрасте. Во-вторых, в семье дети постепенно приобщаются к сложному миру взрослых.

Очень существенное значение, на наш взгляд, имеет связь между возрастом, с которого началось приобщение к алкоголю, и периодом, с которого началось систематическое употребление спиртных напитков. А. М. Коровин, говоря об изучении преморбидного состояния личности, писал: «Правильная постановка изучения алкоголизма, личности требует включения «подготовительного периода». Я так называю тот стадий в развитии болезни, когда больной начал более или менее систематически, в те или другие промежутки времени, употреблять спиртные напитки, когда питье стало пополнять собой порядок жизни, утратив первоначальный характер неожиданной случайности, и вплоть до момента, с которого больной отмечает у себя образование алкоголемании,— «тянуть стало».

Бытовое употребление алкоголя широко распространено и начинается в достаточно молодом возрасте. По данным А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой, 80,29% лиц начинают употреблять алкоголь в возрасте до 20 лет, 18,10% — в 21—25 лет, 1,46% — в 26—30 лет и 0,14%— в 31—35 лет.

В соответствии с нашими данными, 2% обследованных начали систематически употреблять спиртные напитки с 13—14 лет, 9,8%— с 15—16 лет, 23,4% — с 17—18 лет, 20,8% — с 19—20 лет, 34,4% — с 21—25 лет, 8,2% — с 26—30 лет и 1,4% — с 31 года и старше. Таким образом, мнение Kraepelin, А. А. Портнова, И. Н. Пятницкой о том, что алкоголиками становятся преимущественно люди, которые начинают употреб-

лять алкогольные напитки до 20 лет, подтверждается и нашими данными.

Чем раньше обследованные приобщились к алкогольным напиткам, тем раньше они начали прибегать к систематическому приему их. Из тех лиц, которые были знакомы с алкоголем в возрасте до 12 лет, четвертая часть (24,5%) начинает систематически прибегать к алкоголю с 15—16 лет; в третьей части случаев начали прибегать к употреблению алкоголя в 17—18 лет. Естественно, что никакого «влечения» к алкоголю они сначала не испытывали. У большинства лиц, употребляющих алкогольные напитки 1—2 раза в неделю спорадически в определенные указанные ритуалами дни (в субботу или воскресенье), дело, как известно, и ограничивается этой фазой употребления (бытовое) спиртных напитков. С появлением и развитием систематического пьянства частота употребления алкоголя растет. Ознакомившись с эйфоризирующим эффектом алкогольных напитков, обследованные сознательно стремились использовать любые поводы для выпивки. Такое систематическое пьянство развивается, по нашим данным, в среднем через $5{,}8 \pm 0{,}59$ года после приобщения к алкоголю. Данные о систематическом употреблении его с достаточной долей вероятности указывают на начинающееся привыкание и появление влечения к спиртным напиткам (переходная стадия от бытового пьянства к алкоголизму).

Развитию систематического пьянства способствуют также неблагоприятные факторы быта. Значительную роль здесь играют, кроме того, укоренившиеся алкогольные «традиции», неправильное воспитание, а в некоторых случаях отрицательное эмоциональное воздействие, способствующее возникновению невротических реакций и злоупотреблению алкоголем. У обследованных нами лиц решающее значение имели такие факторы, как алкогольные «традиции», находившие благоприятную почву в определенной микросоциальной среде. Вредная роль дурного примера других (товарищей по работе, «компании» и т. д.) была установлена во многих случаях. Специальный интерес вызывают данные, полученные при изучении микросоциальной среды обследованных: только в 8% случаев употребление алкоголя осуждалось, умеренное пьянство поощрялось в 69% случаев, а тяжелое пьянство практиковалось в 23% случаев.

В литературе имеются указания на то, что запойное пьянство часто наблюдается после черепно-мозговых травм. По данным Б. М. Сегала, удельный вес травм головы при запоях весьма высок (от 44,2 до 60,7%). Вместе с тем подобного рода различий между группами лиц с запоями и без запоев обнаружено не было. Однако, по нашим данным, черепно-мозговые травмы имеются в анамнезе обследованных в 26,4% случаев.

На основании исследования можно сделать вывод о том, что лишение должного положительного воспитательного влияния у обследованных, а также отсутствие опеки со стороны семьи (отсутствие внутрисемейной дисциплины) приводили к нарушению правильного социально-психологического развития. Указанные выше особенности воспитания и пережитые конфликты в период формирования высших категорий сознания приводили к нарушению гармоничности формирования личности. Данные исследования свидетельствуют прежде всего о том, что «врожденного» влечения к алкоголю не существует. Первоначальное потребление алкоголя связано с подражанием и алкогольными обычаями в определенной социальной среде. Данные нашего исследования отвергают утверждение, что причины алкоголизма заложены в индивидуальных особенностях или психических аномалиях человека. Говоря о предрасполагающих к алкоголизму личностных факторов, надо иметь в виду, что эти факторы прежде всего имеют социальную окраску.

Отрицание всех этих причин означает отрицание социальной этиологии алкоголизма. А это в наших условиях в конечном счете ведет к недооценке профилактики, к умалению ее роли в общественном развитии. Следовательно, борьба с алкоголизмом не должна ограничиваться психо-

терапевтическими мероприятиями и медикаментозными процедурами, способными лишь вырабатывать и поддерживать отрицательный условный рефлекс к алкоголю, т. е. она не должна замыкаться в узкие рамки биологического воздействия. Активно вмешиваясь в среду, которая окружает страдающего алкоголизмом, оздоровляя его быт, так называемую микросоциальную среду, медицина расширяет и усиливает диапазон своего воздействия.

ЛИТЕРАТУРА

Канель В. Я. Алкоголизм и борьба с ним. М., 1914. — Коровин А. М. Опыт анализа главных факторов личного алкоголизма. М., 1907. — Он же. «Врач. газета», 1908, № 2, с. 41. — Крепелин Э. Краткое руководство по психиатрии. М., 1891. — Портнов А. А. Алкоголизм. М., 1962. — Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. М. — Л., 1971. — Сегал Б. М. Алкоголизм. М., 1967. — Смирнов В. Е. Психология юношеского возраста. М. — Л., 1929. — Wech A., Arch. gen. Psychiat., 1966, v. 14, p. 299.

Поступила 12/IV 1972 г.

Summary

The examination of 500 alcoholics (450 men and 50 women) was made. It is found that the absence of a due positive educational influence, as well as the absence of care on the part of the family (the absence of domestic discipline) involves the disorder of proper social-psychological development. The wrong upbringing and experienced conflicts during the formation of higher categories of consciousness bring to the fact that the harmonic formation of personality has been disturbed. Data of the investigation testify first of all to the fact that there is no "congenital" inclination for alcohol. The primary use of alcohols is connected with imitation and alcoholic customs accepted in certain microsocial surroundings. The data of the investigation reject that causes of alcoholism are founded in individual specific features or in psychological anomalies of a person.

УДК 362.121.008

ОПЫТ СНИЖЕНИЯ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И. П. Барский, Е. Л. Сизикова

Медико-санитарная часть Новомосковского химкомбината

В Постановлении ЦК КПСС «О дальнейшем улучшении организации социалистического соревнования» обращено внимание на то, что в непроизводственной сфере еще многое предстоит сделать для повышения качества и культуры обслуживания. Это указание в полной мере относится к работе органов и учреждений здравоохранения, так как от уровня организации их деятельности зависит не только эффективность профилактики и лечения заболевания, но и затраты времени рабочих и служащих на получение медицинской помощи, а психологическая атмосфера, царящая в поликлиниках и амбулаториях, определяет эмоциональный фон, на котором произойдет разговор посетителя с медицинским работником, с врачом. Все это имеет особое значение в городах с высоким промышленным потенциалом, где большая часть взрослого населения в течение дня находится на работе.

Можно выделить 2 варианта размещения поликлинических учреждений: городская поликлиника, располагаясь в центре района, обслуживает все население его, а также рабочих промышленных предприятий, которые находятся в этом районе; поликлиника (медико-санитарная часть), располагаясь вблизи предприятия или непосредственно на его территории, обслуживает преимущественно или только рабочих этого и соседних предприятий. Разумеется, что у сотрудников промышленного предприятия возможности посещения поликлинического учреждения и пользования им при том и ином варианте неодинаковы; различия связаны главным образом с разными затратами времени. Б. Ф. Зимовский и Г. А. Малышева указывают на то, что значительная часть (30%) боль-